



ARLENE MARIA DE PAULA FERRO

**CUIDADOS INTEGRADOS: HOSPITAL E UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE- UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE**

**CAMPO GRANDE/MS
2014**

ARLENE MARIA DE PAULA FERRO

**CUIDADOS INTEGRADOS: HOSPITAL E UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE- UMA ASSISTÊNCIA DE QUALIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul como
requisito para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof. Cristiany Incerti de Paiva Rodrigues

**CAMPO GRANDE/MS
2014**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha filha Maria Antônia e ao meu esposo Walter pela compreensão e incentivo que contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, por ser encorajadora e entender minhas dificuldades.

Serei eternamente grata à todos vocês.

EPÍGRAFE

*“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste
Em procurar novas paisagens, mas em ter novos olhos”.*

(Marcel Proust)

RESUMO

Este trabalho de intervenção teve como objetivo principal analisar a falta de integração entre hospital e as unidades básicas de saúde da família na cidade de Paranaíba, Mato Grosso do Sul. Visto que a saúde é um grande desafio para o país; e seria de grande valia a união entre os serviços hospitalares e as unidades básicas de saúde, pois muitos tratamentos poderiam ser resolvidos aos cuidados da atenção primária a saúde ou apenas pelo acompanhamento após o tratamento hospitalar. Esse trabalho tornou-se relevante, pois foi percebido Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Sendo assim, foi realizada uma análise dos prontuários de pacientes internados no período de 02/08/2013 à 02/10/2013 verificando as causas das internações, a presença e o motivo de re-internação. Nesse sentido constatou-se que a integração não existe entre a APS e o hospital e que o uso do formulário de referência e contra-referência garantirá um elo maior entre os dois níveis de atenção do sistema de saúde.

Palavras-chave: Integração. Assistência Hospitalar. Unidade Básica de Saúde da Família.

ABSTRACT

This intervention study was meant to examine the lack of integration between hospital and basic family health unit in the city of Paranaíba, Mato Grosso do Sul. Since health is a major challenge for the country.; and would be of great value the union of hospital services and basic health units, as many treatments could be solved in the care of primary health care or just for monitoring after hospital treatment. This work became relevant because it was perceived Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions. Therefore, we performed an analysis of inpatient medical files from 08/02/2013 to 10/02/2013 checking the cause of admission, the presence and the re-admission reason. In this sense it was found that there is no integration between the APS and the hospital that the use of the reference form and counter-referral will ensure a greater link between the two levels of care of the health system.

KEY-WORDS: Integration. Hospital Care. Basic Unit of Family Health.

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	07
1.1 INTRODUÇÃO.....	07
1.2 Objetivo Geral	09
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	10
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	11
4-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

A atenção primária “é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária. A atenção primária em saúde (APS) também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe”¹.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro como uma alternativa de mudança no modelo de atenção à saúde, vem implantando em todo o país a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que visa reorientar a atenção básica e o atual modelo de atenção à saúde². Espera-se da equipe de saúde da família, ao atuar em uma área adscrita, que desenvolva ações de saúde dirigidas às famílias e ao seu ambiente, com ênfase nos aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, articulados com outros setores que contribuem para melhoria das condições de saúde³.

Um sistema de atenção primária adequado é capaz de reduzir ocorrência de situações indicativas de cuidados insatisfatórios como ausência de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, longos intervalos para visitas de seguimento, dificuldades de acesso a serviços de referência, além de um excesso de hospitalizações por problemas passíveis de resolução mediante uma atenção primária satisfatória¹.

Sendo assim, a garantia de qualidade em APS deve se caracterizar por uma série de atividades que se desenvolvem de forma cíclica incluindo a avaliação de cuidados, as tomadas de medidas corretoras e a reavaliação para verificação das melhorias obtidas e não como se observa na prática onde a avaliação muitas vezes

é caracterizada como momentos estanques, objetivando assim produzir mudanças apropriadas que conduzam à melhoria da qualidade dos cuidados prestados ⁴⁻⁵.

Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP, um indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da atenção primária ⁶.

Avaliar este indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da Atenção Básica ao identificar áreas prioritárias de intervenção e colocando em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais.

A Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, publica, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, onde estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos tais como: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, Hipertensão, Angina, Insuficiência Cardíaca, Doenças Cerebrovasculares, Diabetes Mellitus, epilepsias, infecção no rim e trato urinário, infecção da pele e tecido subcutâneo, doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos, úlcera gastrointestinal, doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto.

No Estado do Mato Grosso do Sul no ano de 2012, 32,18% das internações foram por condições sensíveis à atenção primária ⁷.

Diante do exposto, a avaliação da atenção básica continua sendo um desafio, e como trabalho na Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba, Mato Grosso do Sul, percebo os casos de internações por condições sensíveis à atenção primária. Nesse sentido esse projeto de intervenção tem como objetivo principal analisar a falta de integração do hospital com as unidades básicas de saúde e criar um instrumento de comunicação entre o hospital e as unidades básicas de saúde da família com a implantação de um formulário de referência e contra-referência aos pacientes que receberem alta hospitalar.

1.2 Objetivo Geral

Analisar a falta de integração do hospital com as unidades básicas de saúde, criando um instrumento de comunicação entre estas, com a implantação de um formulário de referência e contra-referência aos pacientes que receberem alta hospitalar.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Este Projeto de Intervenção (PI) será desenvolvido através da análise situacional na Unidade de Internação (Enfermaria Clínica) da Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba, Mato Grosso do Sul, com um roteiro (APÊNDICE A) pré-estabelecido para o entrevistador seguir e posteriormente tabular os dados em uma planilha.

O roteiro já estabelecido dá mais credibilidade, porque diminui a ocorrência de brancos de memória, esquecer o que está sendo questionado, evitando o cansaço do entrevistado ou então perder o foco ⁸. Nessa análise situacional serão analisados prontuários de pacientes internados no período de 02/08/2013 à 02/10/2013. Através desta análise poderemos identificar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) verificando a falta da integração entre o sistema hospitalar e APS.

Para a construção de um novo modelo de assistência a saúde, centrada no usuário inserido no contexto familiar e social, é fundamental repensar o processo de trabalho, que tem como finalidade a qualidade da atenção à saúde, na perspectiva de promover o empoderamento tanto do usuário como da equipe de saúde. Esse processo está orientado pelo princípio da integralidade e requer como ferramentas a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a humanização dos serviços e a criação de vínculo do usuário/comunidade/equipe de saúde ⁹.

A seleção das ICSAP para avaliação será feita com base na Lista Brasileira publicada pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008), composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10 (figura 1).

Figura 1. Quadro apresentando os diagnósticos por CID 10 e seus respectivos códigos das ICSAP.

Diagnóstico CID 10	Códigos Seleccionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2; A15.4 a A15.9; A16.3 a A16.9; A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3; J15.4; J15.8; J15.9; J18.1
7. Asma	J45; J46
8. Doenças pulmonares	J20; J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69; G45 a G46
13. Diabetes <i>mellitus</i>	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008.

O roteiro norteador será composto por: causa da internação, internação anterior pela mesma causa, motivo que acredita ter sido a causa da re-internação. Após o levantamento dos dados, será proposto um formulário de comunicação entre a equipe de unidade hospitalar e APS, com o intuito de diminuir os casos de internações por causas sensíveis a atenção básica.

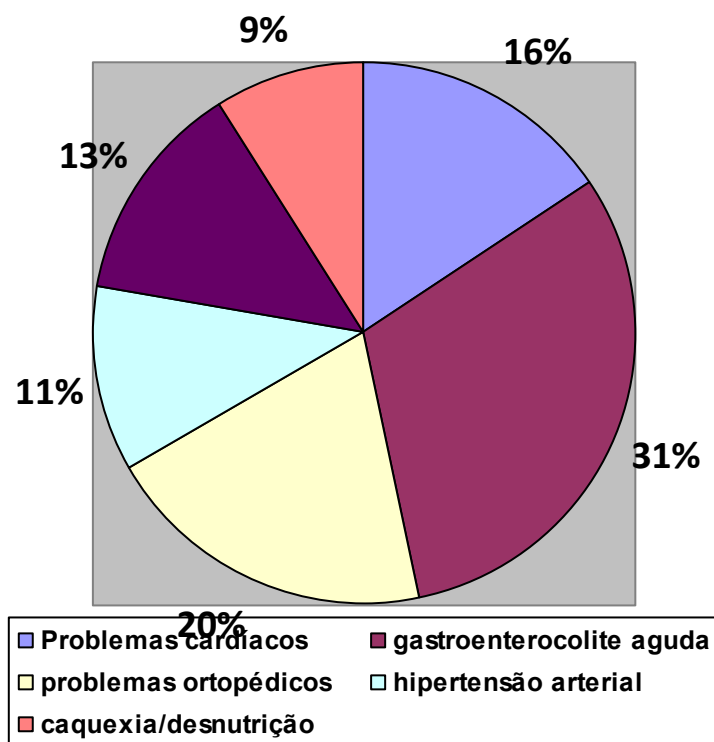
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Foram verificados aleatoriamente 50 prontuários de internação no período de 02/08/2013 à 02/10/2013, onde as causas de internação mais frequentes encontrados foram:

1. Problemas respiratórios (n= 5);
2. Problemas cardíacos (n= 7);
3. Gastroenterocolite aguda (n= 14);
4. Problemas ortopédicos (n= 9);
5. Hipertensão arterial (n= 5);
6. Diabetes (n= 6);
7. Caquexia/Desnutrição (n= 4).

Sendo assim, de acordo com a Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, os dados deste projeto mostram que apenas 18% das internações não se referiram a causas sensíveis à APS que foi os problemas ortopédicos.

Figura 2. Causas de internação mais frequentes encontrados nos prontuários avaliados.



Fonte: Própria, 2014.

Os resultados deste projeto possibilitam identificar que além das causas de internação consistir em condições sensíveis à atenção primária o que se pode observar também é que 24 (48%) destes indivíduos apresentaram re-internação pela mesma patologia, voltando a procurar o hospital, por motivos que poderiam ser de resolutividade da APS, conforme mostra o quadro 1.

Quadro 1. Motivos apresentados pelos indivíduos para a recidiva da internação.

Descritores	Quantidade de pessoas
Desconhecimento da equipe da ESF sobre o motivo da internação do paciente.	5
Desconhecimento ou desinteresse para evitar a complicação de sua doença, por parte do paciente ou acompanhante.	6
Uso incorreto da medicação receitada na alta hospitalar.	4
Desconhecimento da equipe de APS sobre a alta e os cuidados a serem prestados no domicílio.	9

Fonte: Própria

Diante do exposto no quadro, o que se observa, é que realmente há a necessidade de se fortalecer a APS do município, bem como criar um formulário que melhore a comunicação entre a equipe de unidade hospitalar e APS, um dos objetivos deste projeto de intervenção que é a implantação do formulário de referência e contra-referência do paciente após a alta hospitalar.

Essa integração entre APS e rede hospitalar, é um dos princípios do SUS, no qual refere que os serviços em saúde seja um sistema integrado em rede de atendimento, formada por várias unidades interligadas, cada qual com suas tarefas a cumprir, de acordo com o grau de complexidade dos serviços prestados. A integralidade é obtida com a utilização da rede de referências de hospitais e outras

unidades prestadoras de serviços de saúde, que podem pertencer a União, ao Estado ou Município ¹⁰.

A integração horizontal entre prevenção, promoção e recuperação, concorre os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde, ali cabe considerar a atuação decisiva dos gestores que organizam o conjunto dos serviços de saúde e que estabelecem articulações favorecedoras de uma integralidade entre os diferentes níveis de complexidade e competência de uma rede de serviço de saúde ¹¹.

Segue modelo de formulário, figura 3, proposto para a integração entre APS e hospital, diante da alta do paciente. Este formulário deve ser preenchido integralmente, e entregue ao usuário para que tenha continuidade do seu tratamento na APS após alta hospitalar ou de unidade de pronto atendimento.

Figura 3. Formulário de referência e contra-referência utilizado na alta hospitalar.

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE NOME: _____ DN: __/__/____ CNS: _____ CPF: _____ SEXO: () FEMININO () MASCULINO RAÇA/COR: _____ NOME DA MÃE: _____ TEL. PARA CONTATO: () _____ ENDEREÇO: _____ MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____	
UNIDADE DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DO PACIENTE NOME: _____ CNES: _____ MUNICÍPIO: _____ TEL. () _____	
INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO QUEIXA/EXAMES REALIZADOS/QUADRO CLÍNICO NA ALTA/MEDICAÇÕES EM USO/OUTROS DADOS OU RECOMENDAÇÕES QUE CONSIDERAR NECESSÁRIO. _____ _____ _____ _____ ASSINATURA DO PROFISSIONAL _____ DATA: __/__/____	

Fonte: Própria, 2014.

Sendo assim, com a implantação deste formulário haverá uma integração maior entre APS e hospital, diminuindo as ICSAP.

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se com essa intervenção que não existe integração entre APS e rede hospitalar e que para tanto há a necessidade de se fortalecer a rede de APS do município, uma vez que as internações por causas sensíveis a APS são freqüentes.

Pode-se concluir que se faz necessário uma conscientização dos profissionais que atuam em APS e rede hospitalar sobre a importância das ações de integração, onde a utilização do formulário de referência e contra-referência, fará um elo maior entre os dois níveis de atenção do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Starfield, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde. 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família. **Saúde dentro de casa**. Brasília; 1994.
3. Merhy, EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007. Os desafios postos pela atenção gerenciada para pensar uma transição tecnológica do setor saúde; p. 67-92.
4. Saturno PJH. **La definición de la calidad de la atención**. In: Palomer, RM. Monografias Clinicas en Atención Primaria: Garantia da calidad en atención primaria de salud. Espanha: Doyman; 1993.
5. Donabedian A. **The Seven Pillars of Quality**. Archives of Pathology and Laboratory Medicine.1990; 114:115-8.
6. Centro de Epidemiologia, Coordenação de Diagnóstico em Saúde. **Avaliação das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2006.
7. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pacto/2013/cnv/coapcirms.def> acessado em 06/10/2014.
8. LIMA, Manolita Correia. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. São Paulo: Saraiva, 2004.
9. SERRA, José; CURY, Maria Cristina Faria da Silva; SANTOS, Rosa Maria Barros dos. **Documento Norteador: compromisso das unidades básicas de saúde com a população**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 2005.
10. MALANGA, Andréa Cristina Micchelucci. **Avaliação da qualidade em uma rede de serviços na cidade de São Paulo: a rede SUS na microrregião do M' Boi Mirim**. 81 f. Dissertação (dissertação de mestrado) – Universidade Paulista, São Paulo, 2011. Disponível em : http://www1.unip.br/ensino/pos_graduacao/strictosensu/administracao/download/admandreacristinamiccheluccimalanga.swf. Acesso em 31 julho de 2014.
11. MARSIGLIA , Regina Maria Giffoni. Coor. **Integralidade e atenção primária em saúde: avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da secretaria municipal da saúde de São Paulo**. São Paulo, 2008. Disponível em :

<http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE%20E%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20EM%20SA%C3%9ADE/Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em 30 de julho de 2014.

APÊNDICE A

Roteiro orientador

1. Causa da internação

- ☐ Problemas respiratórios;
- ☐ Problemas cardíacos;
- ☐ Problemas gastrointestinais;
- ☐ Problemas ortopédicos;
- ☐ Problemas relacionados a hipertensão arterial;
- ☐ Problemas relacionados ao diabetes;
- ☐ Problemas relacionados a desnutrição e
- ☐ outros

2. Tem registro de outra internação pelo mesmo problema

- ☐ sim
- ☐ não

3. Se sim na resposta anterior, qual o motivo da nova internação através dos relatos no prontuário.

- ☐ Desconhecimento da equipe da ESF sobre o motivo da internação do paciente;
- ☐ Desconhecimento ou desinteresse para evitar a complicação de sua doença, por parte do paciente ou acompanhante;
- ☐ Uso incorreto da medicação receitada na alta hospitalar e
- ☐ Desconhecimento da equipe de APS sobre a alta e os cuidados a serem prestados no domicílio.